



TITLE:

# 停留精巣に発生した精巣腫瘍の1例

AUTHOR(S):

上平, 修; 佐橋, 正文; 渡辺, 丈治; 山田, 伸; 小野, 佳成;  
大島, 伸一

---

CITATION:

上平, 修 ...[et al]. 停留精巣に発生した精巣腫瘍の1例. 泌尿器科紀要  
1992, 38(3): 355-358

ISSUE DATE:

1992-03

URL:

<http://hdl.handle.net/2433/117493>

RIGHT:

## 停留精巣に発生した精巣腫瘍の1例

小牧市民病院泌尿器科 (部長: 小野佳成)

上平 修, 佐橋 正文, 渡辺 丈治

山田 伸, 小野 佳成

社会保険中京病院泌尿器科 (部長: 大島伸一)

大 島 伸 一

## A CASE OF TESTICULAR TUMOR ARISING IN THE UNDESCENDED TESTIS

Osamu Kamihira, Yoshinari Ono, Masafumi Sahashi,

Jouji Watanabe and Shin Yamada

*From the Department of Urology, Komaki Shimin Hospital*

Shinichi Ohshima

*From the Department of Urology, Shikai Hoken Chukyo Hospital*

A 42-year-old man with testicular tumor arising in the left undescended testis is reported. The patient had bilateral cryptorchidism and was admitted to our clinic on March 20, 1989, complaining of a mass in the lower abdomen. Colography indicated complete obstruction at the sigmoid colon, and computed tomography showed a larger mass in the lower abdomen and paraaortic lymphnode swelling, as well as left hydronephrosis.

We suspected that a testicular tumor had arisen in the undescended testis, and ileus was caused by the tumor mass. Since the patient was in a poor condition from preexisting ileus, chemotherapy consisting of cisplatin, bleomycin and vinblastine (PVB regimen) was immediately started without confirming the histology. After two courses of PVB regimen, bilateral orchiectomy, retroperitoneal lymphadenectomy, and left nephrectomy were performed. Pathological examination of the testis and resected lymphnodes revealed no residual tumor cells, and we could not identify the original histology. Additionally, two courses of chemotherapy were performed after surgery. The patient is well without evidence of disease one year and ten months after surgery.

(Acta Urol. Jpn. 38: 355-358, 1992)

**Key words:** Cryptorchidism, Testicular tumor

### 緒 言

最近われわれは停留精巣に発生した、後腹膜リンパ節に転移を伴う精巣腫瘍の1例を経験したので若干の文献的考察を加えて報告する。

### 症 例

患者: 42歳, 男性

初診: 1989年3月20日

主訴: 下腹部腫瘍, 不全イレウス

家族歴: 特記すべきことなし

既往歴: 生来, 両側の停留精巣があり, 23歳頃に他

院にて両側の最径ヘルニアの手術を施行された。同時に開腹にて腹腔内を観察され精巣は確認されたが、陰嚢内まで下りないため、そのまま閉腹され、陰嚢に偽精巣の挿入を受けた。なお、右偽精巣は後に陰嚢内より脱落した。第二次性徴に関しては、とくに異常を認めなかった。

現病歴: 1988年12月頃より、疲労時に右下腹部の鈍重感が出現した。89年1月頃より下腹部正中やや右寄りにクルミ大の腫瘍に気づくようになったがそのまま放置していた。

同年3月頃より腫瘍が、急速に腫大してきたため、3月20日当院内科を受診し入院した。入院後、腹部の

膨満が増悪し、不全イレウスの状態となった。注腸造影、CT、血管造影等施行後、後腹膜腫瘍と診断され、当科へ転科した。

現症：身長 158 cm、体重 48 kg

胸部：異常所見認めず

腹部：両側鼠径部にヘルニア手術創、臍下に正中切開創あり。そのやや右寄りに圧痛および可動性のない手拳大、弾性硬の腫瘤を触知した。

両側とも鼠径リンパ節腫大は認めず、左陰嚢内に偽精巣を認めるも、左右とも精巣を触知しなかった。

入院時検査所見：血液生化学検査にて LDH が 1203 IU/l と著明な上昇を認めるほかは著変なく、腫瘍マーカーでは  $\beta$ HCG が正常上限よりやや上昇していたものの、CEA、 $\alpha$ FP は正常範囲内であった。

注腸造影にて、S 字結腸に圧排によると思われる狭窄像を認めた (Fig. 1)。

骨盤部 CT 像にて、腹部前面に突出し、腹腔内を占拠する巨大な腫瘤を認め、腎門部レベルの CT 像では左腎門から大動脈周囲にかけて一塊となった腫瘤を認め、左腎は、水腎をきたしていた。また、明らかな腹水の貯留は認めなかった (Fig. 2)。

大動脈造影では、左精巣動脈は太く蛇行して下降し下腹部の腫瘤を栄養していた (Fig. 3)。

なお、左腎は排泄性腎盂造影にて、腎盂、腎杯が造影されなかった。

治療経過：以上より停留精巣に発生した後腹膜リンパ節転移を伴う stage II B の左精巣腫瘍と診断し、4月1日より、PVB 療法を開始した。CDDP 30 mg を5日間投与、ビンブラスチン 14 mg を1日目



Fig. 1. Colography revealed complete obstruction at sigmoid colon.

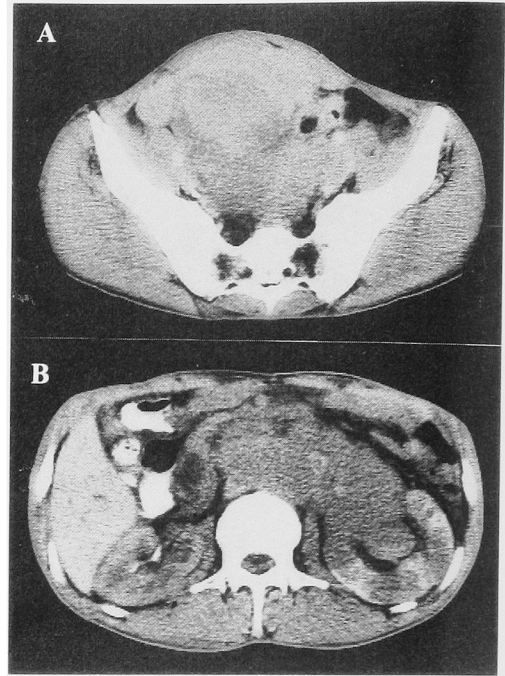


Fig. 2. CT scan of abdomen before chemotherapy. A: bulky tumor in the pelvic cavity. B: paraaortic lymphnode swelling and left hydronephrosis caused by metastases to the hilum of the left kidney.

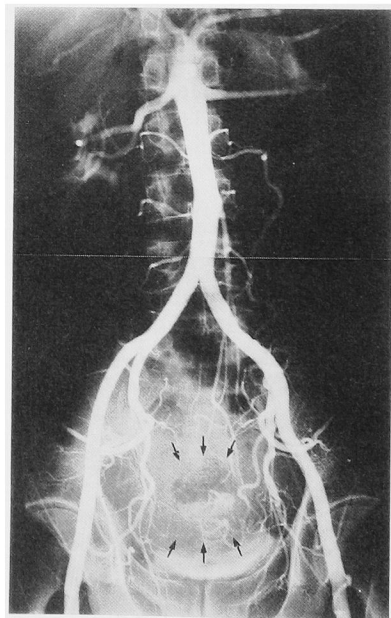


Fig. 3. Angiography demonstrated a hypervascular mass fed from the dilated left testicular artery.

に投与, プレオマイシン 30 mg を 2 日目, 9 日目, 16 日目に投与し, これを 1 クールとして, 2 クール施行した。

腫瘍は投与開始後, 2 日目より急速に縮小し, 10 日目には腹壁の突出を認めなくなった。これにともない, イレウス症状も改善し, 5 日目から流動食を開始, 以後はほぼ全量摂取可能となった。

下腹部の腫瘍は CT 像上も著明に縮小し, 1 クール終了時には 53%, 2 クール終了時には, 63% の縮小率を示した。

腎門部および傍大動脈リンパ節も同様に縮小し, 1 クール終了後の CT 像で, 53% の縮小, 2 クール後の CT 像では, 62% の縮小を認めた。

2 クール終了後の排泄性腎盂造影像では, 左腎の腎盂腎杯も造影されるようになり, 水腎も消失していた。

LDH は化学療法直前の 1203 IU/L から, 6 日目には 684 IU/L に減少し, 14 日目には 439 IU/L と正常化した。

6 月 2 日, 全身麻酔下に, 腫瘍摘出, 左腎摘出, 後腹膜リンパ節廓清術を施行した。

腹部正中切開にて, 腹腔へ至ると膀胱後面に腫大した左精巣を認め, これを S 状結腸および膀胱頂部より遊離した。左腎門部リンパ節は, 傍大動脈リンパ節から一塊となつてつながっており, 腎動静脈はその中にあった。

腫瘍は左腎の腎洞部へも浸潤しており, 左腎の保存は不可能と判断し, 左腎を腫瘍塊とともに遊離, 摘出した。

右精巣は膀胱の右上方に位置し, 外見上, 正常よりやや小さく観察された以外には著変を認めなかったが, これも摘出した。

病理組織: 左精巣は 140 g, 断面は黄白色の均一な組織で占められ, 正常な精巣組織はほとんど認められなかった。

腫瘍の表面は平滑で, 怒張した血管がこれを取り巻き, 腫大した精巣上体, 精索へとつながっていた。

組織学的には, 腫瘍はほぼ全域にわたり瘢痕組織となり, その中に肉芽腫の形成を認めた。一部に変性壊死に陥った腫瘍細胞を認めるも, もととの腫瘍組織を診断することは困難な状態であった (Fig. 4)。

左の腎臓は 285 g であり, 腎の血管は, 腎門部の腫瘍塊の中に存在しており, 腎実質への腫瘍の浸潤は明らかではなかった。組織学的に腫瘍塊の部分は, やはり壊死および瘢痕形成を示し, 左精巣と同様の所見であった。

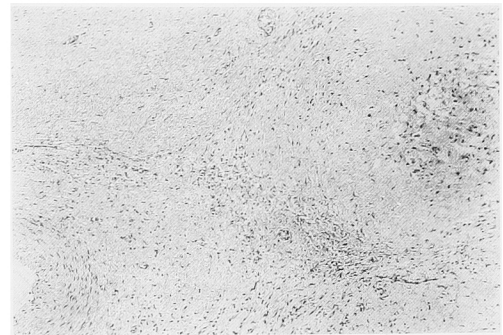


Fig. 4. Microscopic observation of the left testis. Tumor degenerated into scar tissue.

右精巣は, 精細管の狭細化および基底膜の肥厚を認め, 精子の形成は見られず, 間質には Leydig cell が軽度増加していた。悪性化の所見は認めなかった。

術後経過: 術後 14 日目に抜糸, 6 月 17 日より PVB 療法を再開し, 2 クールを終了後 8 月 16 日に退院した。その後は外来通院にて経過観察中であるが, 術後 1 年 10 カ月にて再発の兆候を認めていない。

## 考 察

精巣の悪性腫瘍は停留精巣において発生頻度が高く, 男性の性器先天異常の中でも停留精巣自体が比較的頻度の高い疾患であることを合わせて考えれば, 停留精巣は看過できない疾患であるといえよう。最近の本邦の集計では, 山本らが 1898 年から 1987 年までに 205 例の停留精巣に発生した腫瘍を報告している<sup>1)</sup>。停留精巣の腫瘍化の頻度については, 太田黒は 6 倍<sup>2)</sup>, Campbell は 55 倍<sup>3)</sup>, Gulp は 13 倍<sup>4)</sup>, Martin らは 35 倍<sup>5)</sup>, 正常精巣より高いとしているが, 最近の Giwerzman らによる cohort study では 4.7 倍という数字を出しており<sup>6)</sup>, この差は停留精巣の自然下降例や, 精巣摘除例を考慮していないためだとしている。また, 腹部停留精巣の悪性化の危険度は鼠径部の停留精巣に比して 5~6 倍高いとされており<sup>7,8)</sup>, 両側停留精巣例では片側停留精巣例の約 4 倍の危険度が報告されている<sup>9)</sup>。

組織型では正常位置の精巣の腫瘍発生の場合と同様セミノーマが最も発生頻度が高く, 山本ら<sup>1)</sup>は約 60% と報告している。今回のわれわれの症例は最初に化学療法を行ったため, 明らかな組織型を確認することはできなかったが, 腫瘍マーカーや, 臨床経過等より考えるとセミノーマであった可能性が高い。

開腹による組織診断に先立って化学療法を行ったのは, 腫瘍が急速に腫大し, 全身状態の悪化が著しかった

こと、病期が stage II B であり組織型にかかわらず化学療法が必要であったという理由による。結果的には、全身状態の改善と、十分な mass-reduction ができたことによって根治的な切除が可能となり、化学療法は非常に有効であったものと考えられた。

対側の精巣の摘出は、患者がすでに成人しており、摘出後のホルモン補充療法の必要は少なく、また対側精巣も停留精巣であったために行ったが、患者が20歳以前の場合には20歳以下では停留精巣の悪性化がかなり低いこと<sup>9)</sup>、また、現在 CT、MRI 等により腹部停留精巣が評価可能になってきており<sup>9,10)</sup>、厳重な経過観察の後に摘出を考慮しても良いと思われる。

## 結 語

停留精巣に発生した精巣腫瘍の1例を報告した。

PVB 療法により、著明な腫瘍の縮小がえられ、残存腫瘍に対して、外科的切除および後腹膜リンパ節郭清術を施行、さらに PVB 療法を加えたことで完全寛解をえることができ、術後1年10カ月の現在も再発を認めていない。

停留精巣の悪性変化について若干の文献的考察を加えた。

## 文 献

- 1) 山本志雄, 小浜吉照, 藤田幸利: 停留精巣に発生した精巣腫瘍の1例. 西日泌尿 49: 861-865,

1987

- 2) 大田黒和生: 精巣腫瘍の臨床・病理組織学的研究. 日泌尿会誌 49: 297-348, 1958
- 3) Campbell HE: Incidence of malignant growth of the undescended testicle. Arch Surg 44: 353-369, 1942
- 4) Culp DA: Testicular neoplasms: An analysis of 113 cases. J Urol 70: 282-295, 1953
- 5) Martin DC and Menck HR: The undescended testis: Management after puberty. J Urol 114: 77-79, 1975
- 6) Giwercman A, Grindsted J, Hansen B, et al.: Testicular cancer risk in boys with mal-descended testis: A cohort study. J Urol 138: 1214-1216, 1987
- 7) Gilbert JB and Hamilton JB: Studies in malignant testis tumors: Incidence and nature of tumors in ectopic testis. J Urol 50: 722-743, 1943
- 8) Campbell HE: The incidence of malignant growth of the undescended testicle: A reply and re-evaluation. J Urol 81: 663-668, 1959
- 9) Lorigan JG, Shirkhoda A and Dexeus FH: CT and MRI imaging of malignant germ cell tumor of the undescended testis. Urol Radiol 11: 113-117, 1989
- 10) Friedland GW and Chang P: The role of imaging in the management of the impalpable undescended testis. AJR 151: 1107-1111, 1988

(Received on April 23, 1991)  
(Accepted on October 3, 1991)